

Tiña negra palmar tratada con sertaconazol crema (2%)

Tinea nigra palmaris treated with sertaconazole cream (2%).

Fierro-Arias L¹, Echevarría-Keel J², Huesca A³, Bonifaz A¹

ANTECEDENTES

La tiña negra es una micosis superficial que afecta el estrato córneo de la epidermis, causada por el hongo levaduriforme y melanizado *Hortaea werneckii*. Se observa con mayor frecuencia en zonas tropicales, como Centroamérica, Sudamérica, África y Asia. En el caso de otros países en los que no es frecuente la enfermedad, coincide con antecedentes de viajes al Caribe u ocurren en zonas costeras.¹ En México se reporta principalmente en la Ciudad de México (posterior a viajes de playa) o en zonas costeras de Tamaulipas, Veracruz, Tabasco, Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Baja California Sur.²

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 21 años de edad, originaria de Vega de Alatorre, Veracruz, estudiante de Medicina, previamente sana con antecedente de hiperhidrosis. Acudió a consulta por padecer una dermatosis localizada en la mano izquierda que afectaba la palma y la parte proximal del cuarto dedo, caracterizada por una mácula ovalada de color marrón grisáceo de límites bien definidos, con diámetro de 1.5x1 cm; la lesión era asintomática, de un año de evolución y sin tratamientos previos (Figura 1). La dermatoscopia mostró puntillero pigmentado no melanocítico con patrón arborizante. Estudios micológicos: examen directo con filamentos y conidios oscuros y al cultivo se observó colonia negra polimórfica de *Hortaea werneckii* (Figura 2). Se inició tratamiento con ciclopirox olamina crema más urea a 20% dos

¹ Servicio de Dermatología, Departamento de Micología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

² Residente de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (en rotación en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga).

³ Estudiante de Medicina, UNAM, Ciudad de México.

Recibido: octubre 2015

Aceptado: marzo 2016

Correspondencia

MC Alejandro Bonifaz
Servicio de Dermatología
Hospital General de México
Dr. Balmis 148
06720 Ciudad de México
a_bonifaz@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como

Fierro-Arias L, Echevarría-Keel J, Huesca A, Bonifaz A. Tiña negra palmar tratada con sertaconazol crema (2%). Dermatol Rev Mex. 2016 julio;60(4):361-363.

veces al día, durante 15 días, sin mejoría clínica ni dermatoscópica, por lo que se cambió el tratamiento a sertaconazol, dos veces al día, durante una semana, con curación clínica y micológica; sin evidencia de micosis a la dermatoscopia. Posteriormente se dejó con medidas para evitar la hiperhidrosis con cloruro de aluminio a 20% (Figura 1B). Un mes después la paciente no ha mostrado actividad clínica.

DISCUSIÓN

La tiña negra afecta con mayor frecuencia a niños y adultos jóvenes, con predilección por el género femenino en una relación de 3:1 respecto al género masculino.¹

Por lo general, la forma clínica de la tiña negra es una mácula hipercrómica única que se manifiesta frecuentemente de forma asimétrica y en raras ocasiones de manera bilateral o con afectación simultánea de varias partes del cuerpo.³ Las zonas del cuerpo que contienen altas concentraciones de glándulas sudoríparas ecricas son las más afectadas, por lo que se ha propuesto a la hiperhidrosis como factor de riesgo de su aparición y por ello afecta con más frecuencia las plantas y las palmas. Sin embar-

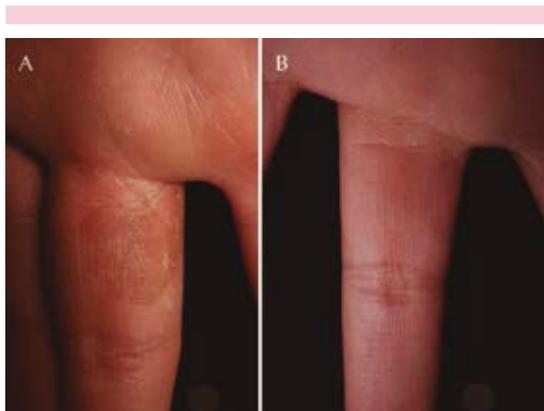


Figura 1. A. Tiña negra basal. B. Después de tratamiento con sertaconazol.

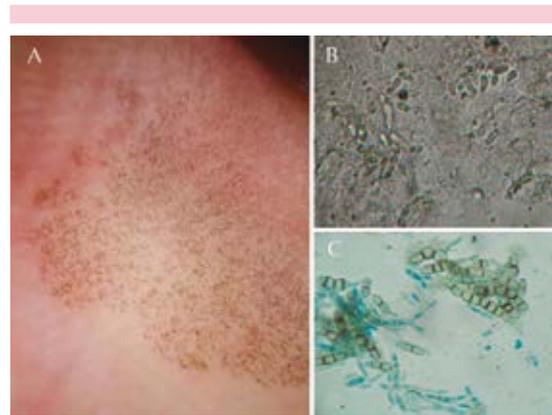


Figura 2. A. Patrón arborescente a la dermatoscopia. B. Examen directo (KOH 40X) con filamentos y conidios oscuros. C. Conidios anelídicos de *Hortaea werneckii*.

go, puede extenderse a los dedos, las uñas, el cuello, el tronco y los genitales.¹ Las máculas son asintomáticas o ligeramente pruriginosas, de crecimiento lento. La vía de entrada del hongo es por traumatismos y contacto con arena de playa, composta y agua estancada; con incubación de dos a siete semanas.¹

La anamnesis y la exploración física, al igual que el uso de herramientas como el dermatoscopio (patrón homogéneo con pigmento no melanocítico), son útiles para la sospecha diagnóstica; sin embargo, el diagnóstico se corrobora mediante examen directo y cultivo. Ante una mácula hipercrómica en las palmas y las plantas hay que establecer la diferencia con otros padecimientos, como enfermedad de Addison, nevos melanocíticos, nevos displásicos, melanoma acral lentiginoso, secundarismo sífilítico¹ o, en el caso de que afecte las plantas, puede ser secundario a heridas causadas por artrópodos de la clase *Diplopoda*.⁴

La piedra angular del tratamiento es el control de la hiperhidrosis, debido a que el hongo es halófilico y debe vivir en altas concentraciones salinas.⁵ Se han prescrito diferentes tratamientos

tópicos con buenos resultados. Entre ellos están los queratolíticos, como urea, ácido salicílico 3% solo o en combinación con ácido benzoico^{2,5} o antifúngicos tópicos, como butenafina,⁶ miconazol, ketoconazol, bifonazol, ciclopirox olamina, terbinafina, isoconazol,^{1-3,5} por lo general aplicados cada 12 h durante 15 días con tendencia a la recuperación sin recidivas.^{1,2}

La paciente del caso comunicado se trató con ciclopirox olamina de manera inicial combinado con urea; sin embargo, la paciente no mostró alivio, probablemente debido a que sus condiciones de hiperhidrosis persistían y la administración del antimicótico y queratolítico no fue suficiente.

Se han descrito pocos casos de resistencia de tiña negra a diferentes antifúngicos, entre ellos: fluconazol, anfotericina B, 5-flucitosina y terbinafina sistémica.⁷ No se conoce el motivo de la resistencia; sin embargo, existen muchas características que explican la adaptación y supervivencia de *H. werneckii* a diferentes medios ambientes que son hostiles para el hongo, uno de los más importantes es la melanina, que le otorga protección a la levadura contra las concentraciones altas de NaCl y pH bajo. Existe material genético dentro del hongo que provoca ciertas enzimas que degradan partes de plantas; sin embargo, no produce queratinasas o albuminasas, por lo que no pueden provocar infección en la piel porque no degradan estos componentes y, por tal motivo, se considera infección secundaria y actúa como oportunista.⁷

A la paciente se le aplicó como segunda línea de tratamiento sertaconazol tópico a 2%. Éste es un inhibidor de la síntesis de ergosterol, de la membrana celular del hongo que provoca alteración en crecimiento micelial y replicación del mismo; a dosis altas se adhiere directamente a lípidos no esteroides de la pared celular del hongo provocando aumento en la permeabilidad y ruptura celular. Está indicado en micosis super-

ficiales, como dermatofitos, candidosis cutánea, pitiriasis versicolor, dermatitis seborreica. Por lo general, es bien tolerado con efectos adversos o locales secundarios a irritación.⁸ Quizá una de las características más importantes de este medicamento, además de su amplio espectro, es la perdurabilidad en la piel de más de 72 horas, lo que permite mantener concentraciones altas.^{9,10}

Se propone como medicamento potencial para el tratamiento de la tiña negra en casos que no respondan de manera adecuada a tratamientos convencionales; es importante insistir en el control de la hiperhidrosis.

REFERENCIAS

1. Schwartz R. Superficial fungal infections. *Lancet* 2004;364:1173-1182.
2. Bonifaz A, Badali H, de Hoog GS, Cruz M, et al. Tinea nigra by *Hortaea werneckii*, a report of 22 cases from Mexico. *Stud Mycol* 2008;61:77-82.
3. Marinho Falcao EM, Mortiz Trope B, Pinto Guedes Martins NR, Carvalho Barreiros MG, Ramos-e-Silva M. Bilateral Tinea nigra plantaris with good response to isoconazole cream: A case report. *Case Rep Dermatol* 2015;7:306-310.
4. Rossetto AL, Cruz RCB, Haddad V. Double-blind study with topical isoconazole and terbinafine for the treatment of one patient with bilateral Tinea nigra plantaris and suggestions for new differential diagnosis. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2013;55:125-128.
5. Bonifaz A, Gómez-Daza F, Paredes V, Ponce RM. Tinea versicolor, tinea nigra, white piedra, and black piedra. *Clin Dermatol* 2010;28:140-145.
6. Rossetto AL, Cruz RCB. Tinea Nigra: successful treatment with topical butenafine. *An Bras Dermatol* 2012;87:936-941.
7. Formoso A, Heidrich D, Felix CR, Tenorio AC, et al. Enzymatic activity and susceptibility to antifungal agents of Brazilian environmental isolates of *Horatea werneckii*. *Mycopathologia* 2015;180:345-352.
8. Croxtall JM, Plosker GL. Sertaconazole. A review of its use in the management of superficial mycoses in dermatology and gynaecology. *Drugs* 2009;69:339-359.
9. Farré M, Ugena B, Badenas JM, Márquez M, et al. Pharmacokinetics and tolerance of sertaconazole in man after repeated percutaneous administration. *Arzneimittelforschung* 1992;42:752-754.
10. Pfaller MA, Sutton DA. Review of *in vitro* activity of sertaconazole nitrate in the treatment of superficial fungal infections. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2006;56:147-152.